Formulario de certificación de salud del estudiante

Nombre de estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre del padre o tutor: _____

La Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI por sus siglas en inglés) requiere que el personal y los estudiantes se sometan a un examen de salud todos los días antes de ingresar a la escuela. Por favor responda las siguientes preguntas. ¿Su estudiante tiene?:

Síntomas	Si	No
Tos		
Falta de aire o dificultad para respirar		
Fiebre (100.4 o más (38°C)) o escalofrío		
Dolor de garganta		
Diarrea		
Reciente pérdida del sabor o del olor		
Dolores musculares o del cuerpo		

Síntomas	Si	No
Nausea/vomito		
Congestión/secreción nasal (no relacionado con alergias por la estación)		
Fatiga inusual		
Dolor de cabeza		
¿Ha dado su estudiante positivo en la prueba para el virus del COVID-19 en los últimos 10 días?		
¿Ha estado su estudiante en contacto cercano con alguien que sospecha o fue confirmado de tener el COVID-19?		
¿ En los últimos 14 días le ha dicho un profesional de la salud pública o médico que se realice un auto seguimiento, aíse o se ponga en cuarentena por preocupaciones sobre la infección por COVID-19?		

De acuerdo con la directriz (guía) de OSPI y del departamento de salud, si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es "SI" y el/los síntomas identificados no se atribuyen a otra condición de salud según lo indicado por el proveedor de atención médica del estudiante, el estudiante no debe asistir a la escuela/actividades patrocinadas por la escuela.

Firma del padre o tutor que ha completado este formato: _____

Formulario de certificación de salud del estudiante

Nombre de estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre del padre o tutor: _____

La Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI por sus siglas en inglés) requiere que el personal y los estudiantes se sometan a un examen de salud todos los días antes de ingresar a la escuela. Por favor responda las siguientes preguntas. ¿Su estudiante tiene?:

Síntomas	Si	No
Tos		
Falta de aire o dificultad para respirar		
Fiebre (100.4 o más (38°C)) o escalofrío		
Dolor de garganta		
Diarrea		
Reciente pérdida del sabor o del olor		
Dolores musculares o del cuerpo		

Síntomas	Si	No
Nausea/vomito		
Congestión/secreción nasal (no relacionado con alergias por la estación)		
Fatiga inusual		
Dolor de cabeza		
¿Ha dado su estudiante positivo en la prueba para el virus del COVID-19 en los últimos 10 días?		
¿Ha estado su estudiante en contacto cercano con alguien que sospecha o fue confirmado de tener el COVID-19?		
¿ En los últimos 14 días le ha dicho un profesional de la salud pública o médico que se realice un auto seguimiento, aíse o se ponga en cuarentena por preocupaciones sobre la infección por COVID-19?		

De acuerdo con la directriz (guía) de OSPI y del departamento de salud, si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es "SI" y el/los síntomas identificados no se atribuyen a otra condición de salud según lo indicado por el proveedor de atención médica del estudiante, el estudiante no debe asistir a la escuela/actividades patrocinadas por la escuela.

Firma del padre o tutor que ha completado este formato: _____